

TABLE DES MATIÈRES

INTERVENTIONS & ÉVALUATIONS

Un centre méthadone bas seuil facilite la transition vers le traitement des troubles de consommation d'opioïdes, 1

Efficacité et événements indésirables des traitements médicamenteux pour les troubles liés à la consommation d'alcool, 2

La mise en œuvre du dépistage et de l'intervention brève ont eu un effet sur le mésusage d'alcool au sein d'un vaste système de santé intégré, 2-3

Obstacles et facilitateurs de l'intégration du dépistage systématique des troubles liés à l'usage d'opioïdes en médecine de premier recours, 3

L'intervention d'une équipe de soins primaires et communautaires à plusieurs niveaux a augmenté le taux d'utilisation de la buprénorphine dans les communautés rurales, 4

IMPACT SUR LA SANTÉ

L'utilisation de menthol est associée à un tabagisme plus fréquent chez les jeunes américains, 4

Un suivi rapproché au service des urgences à la suite d'une visite liée aux opioïdes est associé de façon modeste à une réduction des cas de surdose, 5

Réduction ou arrêt du tabagisme associé à l'amélioration des résultats du traitement des troubles de l'usage d'alcool, 5-6

Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles

SEPTEMBRE - OCTOBRE 2022

INTERVENTIONS & ÉVALUATIONS

Un centre méthadone bas seuil facilite la transition vers le traitement des troubles de consommation d'opioïdes

Aux États-Unis, la réglementation fédérale limite l'administration en ambulatoire de méthadone pour traiter des troubles de consommation d'opioïdes dans le cadre de programmes de traitement opioïdes (*opioid treatment programs*, OTP) agréés. Pour soulager le sevrage aigu en attendant de pouvoir orienter la patientèle vers un programme de traitement (OTP), les réglementations autorisent les médecins non affiliés à un programme de traitement à administrer de façon transitoire de la méthadone sur une durée maximale de 72 heures, un jour à la fois. Pour surmonter les obstacles à l'accès à la méthadone, des médecins du *Boston Medical Center* ont mis sur pied un centre de transition à la méthadone sans rendez-vous qui applique cette « règle des 72 heures ».

- C'est ainsi que 142 patients ont reçu en moyenne 2,1 jours de traitement d'urgence de sevrage des opioïdes pendant la période d'évaluation ; pour 85% de ces personnes, les résultats aux tests de dépistage de drogues dans l'urine étaient positifs pour le fentanyl.
- Pour l'initiation de *novo* à la méthadone ($n = 139$), la dose moyenne de méthadone au premier jour était de 28,4 mg, au deuxième jour de 37 mg et au troisième jour de 43 mg.
- Des 121 orientations de la patientèle vers un programme OTP, 105 (87%) ont abouti.
- Au bout d'un mois, 58% du nombre total de patients référés (70 sur 121) continuaient de suivre le traitement OTP en question.

Commentaires : cette étude démontre que le traitement d'urgence de sevrage à la méthadone et la transition dans un centre de transition ambulatoire vers le programme de traitement OTP sont réalisables et facilitent l'accès à la méthadone. Ce modèle peut s'avérer particulièrement utile lors de transitions entre différentes prises en charge, comme la sortie du système de justice pénale ou la sortie d'un hôpital. À partir de mars 2022, la Drug Enforcement Agency autorise les individus ne prescrivant pas de programme de traitement à base d'opioïdes (OTP) à demander une exemption dans le but de délivrer un approvisionnement de trois jours de méthadone. Cette nouvelle souplesse permettant de délivrer un approvisionnement de trois jours offre la possibilité d'étendre ce type de services.

Lea Selitsky, MD, MPH* & Darius A. Rastegar, MD
Charlotte Eidenbenz (traduction française)

* Contributing editorial intern and addiction medicine fellow, Johns Hopkins Medicine

Référence : Taylor JL, Laks J, Christine PJ, et al. Bridge clinic implementation of "72-hour rule" methadone for opioid withdrawal management: impact on opioid treatment program linkage and retention in care. *Drug Alcohol Depend.* 2022;236:109497.

Comité de rédaction

Rédacteurs en chef

Miriam S. Komaromy, MD
Medical Director, Grayken Center for Addiction
Boston Medical Center
Professor, General Internal Medicine
Boston University School of Medicine

David A. Fiellin, MD
Professor of Medicine and Public Health
Yale University School of Medicine

Responsable de la publication

Casy Calver, PhD
Boston Medical Center

RSEI Directeur et rédacteur associé

Darius A. Rastegar, MD
Associate Professor of Medicine
Johns Hopkins School of Medicine

Comité de rédaction

Nicolas Bertholet, MD, MSc
Associate Professor, Privat-Doctent, Senior
Lecturer, Alcohol Treatment Center
Clinical Epidemiology Center
Lausanne University Hospital

Aaron D. Fox, MD
Associate Professor of Medicine
Albert Einstein College of Medicine/Montefiore
Medical Center

Marc R. Larochelle, MD, MPH
Assistant Professor of Medicine
Boston University School of Medicine

Sharon Levy, MD
Director, Adolescent Substance Abuse Program
Boston Children's Hospital
Associate Professor of Pediatrics
Harvard Medical School

Joseph Merrill, MD
Associate Professor of Medicine
University of Washington School of Medicine

Carrie Mintz, MD
Assistant Professor of Psychiatry
Washington University School of Medicine in St. Louis

Timothy S. Naimi, MD, MPH
Director, Canadian Institute for Substance Use Research
Professor, Department of Public Health and Social Policy,
University of Victoria, Canada

Elizabeth A. Samuels, MD
Assistant Professor of Epidemiology
Assistant Professor of Emergency Medicine
Brown University

Alexander Y. Walley, MD, MSc
Professor of Medicine
Boston University School of Medicine

Melissa Weimer, DO
Associate Professor; Medical Director of the Addiction
Medicine Consult Service
Program in Addiction Medicine, Yale Medicine

Rich Saitz Editorial Intern, 2022–2023

Corey McBrayer, DO, MPH
Addiction Medicine Fellow
OhioHealth

Traduction française

Service de médecine des addictions
Département de psychiatrie
Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
Lausanne, Suisse

Efficacité et événements indésirables des traitements médicamenteux pour les troubles liés à la consommation d'alcool

Les médicaments pour le traitement des troubles de l'usage d'alcool (TUA) peuvent être efficaces et sont sous-utilisés, mais les données sont limitées sur l'efficacité relative ou les effets indésirables de ces médicaments, en particulier pour les plus récents ou les moins étudiés.* Des chercheurs ont mené une méta-analyse d'essais randomisés contrôlés par placebo d'une durée ≥ 4 semaines qui examinaient les critères de jugement de l'abstinence totale, de la réduction de l'usage excessif d'alcool** et de l'abandon des études en raison d'événements indésirables. La méta-analyse a inclus 156 essais avec 27'334 participants.

- Concernant l'abstinence, les médicaments suivants ont été plus efficaces que le placebo : gamma hydroxybutyrate (risque relatif [RR], 1,96), baclofène (RR, 1,93), disulfiram (RR, 1,77), naltrexone à libération prolongée (RR, 1,64), topiramate (RR, 1,41), acamprosate (RR, 1,33) et naltrexone par voie orale (RR, 1,19).
- Pour le traitement de l'usage excessif d'alcool, les médicaments suivants étaient plus efficaces que le placebo : disulfiram (RR, 0,19), baclofène (RR, 0,57), acamprosate (RR, 0,78) et naltrexone orale (RR, 0,81).
- Dans les médicaments efficaces pour réduire l'usage excessif d'alcool, le disulfiram (RR, 2,45) et la naltrexone orale (RR, 1,47) ont entraînés plus de participants à arrêter les essais en raison d'effets indésirables que par rapport au placebo.

* Aux États-Unis, les médicaments approuvés par la Food and Drug Administration (FDA) pour le TUA sont le disulfiram, le naltrexone et l'acamprosate.

** Défini comme la consommation en une occasion de ≥ 5 verres standard pour les hommes, ≥ 4 verres ou plus pour les femmes.

Commentaires : Cette étude révèle que certains médicaments sont efficaces pour le traitement des TUA. De manière remarquable, plusieurs médicaments qui ne sont pas approuvés par la FDA pour les TUA ont dépassés les médicaments approuvés pour deux des résultats cités. Parmi les médicaments, seuls le baclofène et l'acamprosate ont réduit l'usage d'alcool et n'ont pas eu d'effets indésirables entraînant un retrait de l'étude. La comparaison juxtaposée de l'efficacité et des événements indésirables à l'aide de critères d'inclusion uniformes au sein de l'étude peut faciliter la prise de décision clinique et augmenter l'usage de ces médicaments.

Timothy S. Naimi, MD, MPH
Elisa Amana (traduction française)

Référence : Bahji A, Bach P, Danilewitz M et al. Pharmacotherapies for adults with alcohol use disorders: A systematic review and network meta-analysis. *J Addict Med.* 2022;10.1097/ADM.0000000000000992.

La mise en œuvre du dépistage et de l'intervention brève ont eu un effet sur le mésusage d'alcool au sein d'un vaste système de santé intégré

L'usage d'alcool de nombreuses personnes dépasse les limites recommandées sans répondre aux critères d'un trouble de l'usage d'alcool (TUA). Les lignes directrices recommandent le dépistage, une intervention brève et une orientation vers un traitement (DIBOT) pour les personnes ayant un mésusage d'alcool sur la base d'essais cliniques montrant leur efficacité. L'efficacité de la mise en œuvre réelle de l'intervention brève sur l'alcool (IBA) est moins claire.

Les chercheurs de Kaiser Permanente en Californie du Nord ont étudié l'efficacité de l'initiative d'une IBA qui comprenait des assistants médicaux administrant un dépistage en une seule question pour tous les patients adultes au moins annuellement.

(suite en page 3)

La mise en œuvre du dépistage et de l'intervention brève ont eu un effet sur le mésusage d'alcool au sein d'un vaste système de santé intégré (suite de la page 2)

- Sur une période de 4 ans, 312'056 patients dont le dépistage était positif, qui étaient inscrits continuellement dans l'année précédente et dont l'âge était de ≤ 85 , ont été inclus dans l'étude.
- Parmi ces patients éligibles, 48% ont reçu une IBA. Après 12 mois, ceux qui ont bénéficié de l'IBA avaient davantage réduit le nombre de jours d'usage d'alcool excessif (différence moyenne, -0.26), de jours d'usage d'alcool dans la semaine (-0.05), et de boissons dans la semaine (-0.16). Aucune amélioration n'a été constatée parmi ceux ayant reçu un diagnostic de TUA avant le dépistage.
- Les patients qui ont bénéficié d'une IBA n'étaient pas plus susceptibles de recevoir un traitement spécialisé de TUA (que ce soit des visites ambulatoires ou une pharmacothérapie), mais ceux qui l'ont fait avaient significativement un meilleur résultat en matière d'usage d'alcool.

Commentaires : Cette étude montre qu'un dépistage en une seule question a un effet modeste sur l'usage ultérieur d'alcool parmi ceux qui ont un mésusage d'alcool (mais pas TUA). Ceci est cohérent avec des études antérieures montrant l'efficacité pour le mésusage d'alcool mais pas de TUA. L'intervention ne semble pas avoir d'effet sur l'orientation vers un traitement. Les cliniciens de premier recours sont de plus en plus accablés par une longue liste de mesures de dépistage recommandées (ainsi que par d'autres attentes) ; il n'est pas clair dans quelle mesure cette intervention devrait être une priorité.

Darius A. Rastegar, MD
Miroslav Balas (traduction française)

Référence : Chi FW, Parthasarathy S, Palzes VA, et al. Alcohol brief intervention, specialty treatment and drinking outcomes at 12 months: results from a systematic alcohol screening and brief intervention initiative in adult primary care. *Drug Alcohol Depend.* 2022;235:109458.

Obstacles et facilitateurs de l'intégration du dépistage systématique des troubles liés à l'usage d'opioïdes en médecine de premier recours

Dans le cadre d'un essai clinique sur les soins intégrés pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes (TUO) et les problèmes de santé mentale concomitants, les chercheurs ont étudié la mise en œuvre du dépistage systématique des TUO dans 10 cabinets de médecine de famille aux États-Unis. Les cabinets ont reçu une formation et un accompagnement pour utiliser l'instrument ASSIST (Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test) modifié par le National Institute on Drug Abuse et ont établi de manière indépendante les habitudes et les fréquences de dépistage ainsi que les populations cibles. L'évaluation s'est appuyée sur une observation ethnographique et des entretiens avec des membres du personnel du cabinet pour déterminer les obstacles à sa mise en œuvre et les facteurs qui la facilitent.

- Le choix des personnes à dépister (l'ensemble des patients versus les populations ciblées) et de la fréquence des dépistages a été un défi pour les cabinets, tandis que la mise en œuvre du dépistage universel (c'est-à-dire chaque patient, chaque consultation) a aidé à la mise en œuvre.
- Parmi les autres défis à relever, citons : le roulement du personnel du cabinet, la difficulté à utiliser l'instrument, l'inconfort du dépistage et le découragement dû à un faible rendement du dépistage.
- Les cliniciens ne savaient pas comment documenter et répondre aux dépistages positifs du mésusage d'alcool.
- Les procédures du cabinet qui avaient été établies précédemment pour promouvoir la sécurité des opiacés peuvent avoir contribué à la stigmatisation et à la divulgation limitée du mésusage des opiacés.

Commentaires : Pour que le dépistage des troubles liés à l'usage d'opioïdes (TUO) soit efficace, les patients en médecine de premier recours doivent être convaincus que la divulgation d'un TUO améliorera, et non, compromettra, leurs soins. Le US Preventive Services Task Force recommande de dépister tous les adultes de 18 ans ou plus en leur posant des questions sur les troubles liés aux opioïdes. Bien que les preuves du dépistage et de l'intervention brève pour les TUO soient faibles, le traitement de la toxicomanie fondé sur des preuves peut être fourni en médecine de premier recours, ce qui justifie suffisamment le dépistage. La création de procédures de dépistage brèves, simples et universelles devrait améliorer la mise en œuvre du dépistage de TUO, mais les cabinets devraient également être préparés à fournir des soins pour les TUO, ce qui inclut des soins centrés sur les patients et la formation du personnel pour combattre la stigmatisation à l'encontre des TUO.

Aaron D. Fox, MD
John Nicolet (traduction française)

Référence : Austin EJ, Briggs ES, Ferro L, et al. Integrating routine screening for opioid use disorder into primary care settings: experiences from a national cohort of clinics. *J Gen Intern Med.* 2022;1-9.

L'intervention d'une équipe de soins primaires et communautaires à plusieurs niveaux a augmenté le taux d'utilisation de la buprénorphine dans les communautés rurales

La buprénorphine est un médicament très efficace mais sous-utilisé dans le cadre du traitement du trouble lié à l'usage des opioïdes (TUO). Bien documentés, les obstacles vont au-delà de la nécessité pour les médecins d'obtenir une dérogation avant de prescrire de la buprénorphine : ils comprennent aussi le contexte et les supports dans les cabinets médicaux. Cette étude d'implémentation portait à la fois sur la communauté – pour améliorer la compréhension du TUO et de ses traitements – et sur la formation des équipes dans les cabinets médicaux à la délivrance de buprénorphine dans le cadre des soins primaires. Quarante-deux cabinets de soins primaires en milieu rural dans le Colorado se sont inscrits à la formation au sein de cabinets.

- Sur une liste de contrôle de 23 éléments pour fournir la buprénorphine dans le cadre des soins primaires, le nombre moyen d'éléments présents est passé de 4,7 à 13 par cabinet après l'intervention.
- Après l'intervention, 23% des cabinets ont signalé au moins une induction à la buprénorphine, contre 9% des cabinets avant l'intervention.
- D'après les données du programme de surveillance des médicaments sur ordonnance (*Prescription Drug Monitoring Program*), le nombre de personnes recevant de la buprénorphine a augmenté de 87% dans les comtés où sont établis les cabinets participants, contre une augmentation de 65% dans les autres comtés de l'État.

Commentaires : ces données sont prometteuses pour une intervention ciblant les membres de la communauté et les médecins de soins primaires ; les cabinets peuvent améliorer non seulement la disposition des médecins à prescrire mais également la réception de la buprénorphine par la patientèle. Pour améliorer l'accès à la buprénorphine, il ne suffit pas d'augmenter le nombre de médecins autorisés à la prescrire.

Marc R. Larochelle, MD, MPH
Charlotte Eidenbenz (traduction française)

Référence : Zittleman L, Curcija K, Nease DE Jr, et al. Increasing capacity for treatment of opioid use disorder in rural primary care practices. *Ann Fam Med*. 2022;20:18–23.

IMPACT SUR LA SANTÉ

L'utilisation de menthol est associée à un tabagisme plus fréquent chez les jeunes américains

Le menthol est ajouté aux produits à base de nicotine dans le but de les rendre moins aversifs. Bien que les saveurs sucrées et fruitées de cigarettes et de cigarettes électroniques aient été interdites en 2009, le menthol ne l'a pas été.

Cette recherche a utilisé les données de l'*Étude de la population sur le tabagisme et la santé* (N = 1096 jeunes fumeurs de cigarettes, âgés de 12 à 14 ans au démarrage de l'étude) pour évaluer les corrélations entre les produits mentholés, la fréquence de consommation et la dépendance à la nicotine*.

- Parmi les jeunes fumeurs, les consommateurs de produits mentholés ont fumé 3,1 jours supplémentaires par mois en moyenne, ils ont été davantage enclins à fumer plus fréquemment (ratio de taux ajusté [aRR], 1,59) et ils ont obtenus des scores de dépendance à la nicotine plus élevés, comparativement à leurs pairs qui fumaient des produits non-mentholés.
- En comparaison aux jeunes qui ont continué à utiliser des produits à base de menthol, les sujets qui sont passés aux produits non mentholés ont fumé mensuellement 3,6 jours de moins, présentant un risque de tabagisme fréquent inférieur de 47% (aRR, 0,68) et des scores de dépendance à la nicotine inférieurs de 3%.

* Évalué via le Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives framework.

Commentaires : En plus d'un goût et d'une odeur mentholée, le menthol a des effets de rafraîchissement et de soulagement de la douleur, pouvant faciliter une inhalation plus profonde. Le menthol ralentit également le métabolisme de la nicotine, entraînant une exposition plus importante à celle-ci. Tous ces facteurs combinés augmentent le risque de trouble de l'utilisation de la nicotine auprès des consommateurs de produits mentholés. L'industrie du tabac a intensément fait pression pour empêcher la FDA d'interdire les produits aromatisés au menthol en 2009. En avril 2021, l'administration sous la présidence de John Biden a proposé une interdiction fédérale du menthol; qui est actuellement ouverte à la consultation publique."

Sharon Levy, MD
Melina Andronicos (traduction française)

Référence : Leas EC, Benmarhnia T, Strong DR, Pierce JP. Use of menthol cigarettes, smoking frequency, and nicotine dependence among US youth. *JAMA Netw Open*. 2022 Jun 1;5(6):e2217144.

Un suivi rapproché au service des urgences à la suite d'une visite liée aux opioïdes est associé de façon modeste à une réduction des cas de surdose

Les visites aux urgences liées aux opioïdes présentent l'opportunité de faire en sorte que la patientèle s'engage dans les soins de dépendance dont elle a besoin, en particulier lorsqu'un suivi rapproché et une continuité des soins peuvent être mis en place. Le suivi en cas de trouble lié à l'usage d'opioïdes (TUO) dans les sept jours suivant une visite aux urgences a été proposé comme indicateur de qualité de la prise en charge des addictions. Cette étude a exploité les données de 11 programmes Medicaid dans des États américains pour décrire l'association entre le suivi aux urgences dans les 7 jours et le traitement hospitalier ultérieur à une surdose d'opioïdes au sein d'une population présentant des taux relativement élevés de visites aux urgences en rapport avec les addictions.

- Sur les 114'945 patients de 11 États qui se sont rendus aux urgences où ils ont reçu un diagnostic lié au TUO (y compris une surdose) entre 2016 et 2018, 16% ont bénéficié d'une visite de suivi dans les 7 jours, avec une variabilité substantielle entre les États (7% à 22%).
- Les patients ayant bénéficié d'une visite de suivi dans ce délai étaient plus susceptibles d'être des femmes et des personnes blanches non hispaniques, moins susceptibles d'avoir reçu un diagnostic de surdose ou d'autres troubles liés à l'usage de substances au moment de leur visite aux urgences, et beaucoup plus susceptibles d'avoir reçu des médicaments pour traiter le TUO avant leur visite aux urgences.

- Dans les analyses multivariées, le fait d'avoir une visite de suivi dans les 7 jours était associé à une probabilité moindre de surdose dans les 6 mois suivant la visite aux urgences (hazard ratio, 0,91). Toutefois, les résultats varient d'un État à l'autre et seuls 2 États ont obtenu des résultats statistiquement significatifs.

Commentaires : les taux de suivi dans les sept jours suivant une visite aux urgences en lien avec une addiction sont très faibles dans cette population Medicaid dans 11 États, ce qui indique des lacunes importantes dans les soins. Vu la grande variabilité des taux de suivi entre les États et les associations modestes et variables entre le suivi à 7 jours et la surdose, il est probable que des facteurs de confusion non mesurés existent dans ces analyses. Les instances de décisions politiques et les programmes de santé pourraient trouver utile que soit mesurée la qualité de la réception ponctuelle du traitement médicamenteux du TUO dans la foulée des visites aux urgences liées au TUO.

Joseph Merrill, MD, MPH
Charlotte Eidenbenz (traduction française)

Référence : Medicaid Outcomes Distributed Research Network. Follow-up after ED visits for opioid use disorder: do they reduce future overdoses? *J Subst Abuse Treat.* 2022;142:108807.

Réduction ou arrêt du tabagisme associé à l'amélioration des résultats du traitement des troubles de l'usage d'alcool

Dans cette revue systématique, les chercheurs ont résumé les données probantes sur l'effet du tabagisme sur le traitement des troubles de l'usage d'alcool (TUA). Les études incluses (N = 43) ont été menées auprès de ≥ 40 participants (n = 10 296) qui avaient un TUA avec ou sans tabagisme, sans autre trouble lié à l'usage de substances ou troubles psychiatriques comorbides.

- Parmi les patients recevant une thérapie cognitivo-comportementale pour les TUA (15 études, 5'542 participants), l'augmentation ou la poursuite du tabagisme était associée à de moins bons résultats d'usage d'alcool dans 10 études et à aucun effet dans 4 études. Une étude a montré une association négative.
- Parmi les patients recevant une pharmacothérapie TUA (15 études, 2966 participants), le tabagisme était associé à un risque 1,5 à 2,3 fois plus élevé de retour à l'usage d'alcool dans 6 études. Dans 6

études, il n'y avait aucune différence dans les résultats du TUA entre les fumeurs ou non non-fumeurs. Dans une étude, les résultats étaient mitigés ; 3 études ont montré une association négative.

- En résumé, 16 des 30 études sur le traitement comportemental ou pharmacologique du TUA ont montré que la réduction ou l'arrêt du tabac étaient associés à de meilleurs résultats d'usage d'alcool (taux de retour à la consommation plus faibles, moins de consommation), alors que 4 études ont montré le contraire.
- Pour le traitement de sevrage tabagique (13 études, 1849 participants), 7 études ont montré un effet positif du traitement sur le tabagisme. Une seule étude a montré une réduction à la fois du tabagisme et de l'usage d'alcool, avec une association significative entre les deux (odds ratio, 1,6).

(suite en page 6)

Les journaux les plus régulièrement consultés pour la lettre d'information sont :

Addiction
Addiction Science & Clinical Practice
Addictive Behaviors
AIDS
Alcohol
Alcohol & Alcoholism
Alcoholism: Clinical & Experimental Research
American Journal of Drug & Alcohol Abuse
American Journal of Epidemiology
American Journal of Medicine
American Journal of Preventive Medicine
American Journal of Psychiatry
American Journal of Public Health
American Journal on Addictions
Annals of Internal Medicine
Archives of General Psychiatry
Archives of Internal Medicine
British Medical Journal
Drug & Alcohol Dependence
Epidemiology
European Addiction Research
European Journal of Public Health
European Psychiatry
Gastroenterology
Hepatology
Journal of Addiction Medicine
Journal of Addictive Diseases
Journal of AIDS
Journal of Behavioral Health Services & Research
Journal of General Internal Medicine
Journal of Hepatology
Journal of Infectious Diseases
Journal of Studies on Alcohol
Journal of Substance Abuse Treatment
Journal of the American Medical Association
Journal of Viral Hepatitis
Lancet
New England Journal of Medicine
Preventive Medicine
Psychiatric Services
Substance Abuse
Substance Use & Misuse

Pour d'autres journaux évalués périodiquement consultez : www.aodhealth.org

Pour plus d'information contactez :

Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles

Service de médecine des addictions
CHUV-Lausanne

Réduction ou arrêt du tabagisme associé à l'amélioration des résultats du traitement des troubles de l'usage d'alcool (suite de la page 5)

Commentaires : Les preuves actuelles suggèrent que les résultats positifs du traitement du TUA sont facilités par la réduction ou l'arrêt du tabagisme. Il convient de noter que si le tabagisme peut déclencher l'usage d'alcool, l'usage d'alcool peut également favoriser le tabagisme. Les cliniciens doivent informer les patients des avantages potentiels de la réduction du tabagisme pour les résultats du traitement du TUA et offrir un soutien pour la réduction ou l'arrêt du tabagisme.

Nicolas Bertholet, MD, MSc
Olga Avramopoulou (traduction française)

Référence : van Amsterdam J, van den Brink W. Smoking as an outcome moderator in the treatment of alcohol use disorders. *Alcohol Alcohol.* 2022;agac027.

Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles est une lettre d'information gratuite diffusée en version anglaise par Boston Medical Center, soutenue initialement par the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (la branche alcool et alcoolisme de l'Institut National de la Santé aux États-Unis) et actuellement par the National Institute on Drug Abuse (NIDA). Cette lettre d'information est produite en coopération avec l'École de Médecine et de Santé Publique de l'Université de Boston.

La version originale de la lettre d'information est disponible sur le site internet www.aodhealth.org.

Sont également disponibles sur ce site en version anglaise des présentations à télécharger, ainsi qu'une formation gratuite au dépistage et à l'intervention brève.